

負傷原因届

| | | | | | | | | | |
|----------------------|---|---|--------------|--|--|----------|---|---|---|
| 被保険者情報 | 被保険者証の 記号・番号 | 記号 | 被保険者 氏名・印 | フガナ | | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
| | | 番号 | 生年月日 | | | | | | |
| | 現住所 電話番号 | (〒 -) | | | | | | | |
| | 事業所名 | | | 電話番号 () | | | | | |
| 被保険者または負傷した方が記入するところ | 負傷した方 | 氏名 | フガナ | 続柄 | | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 負傷した方の 勤務形態 | <input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| | 傷病名 | | | | | | | | |
| | 負傷日時 | 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 時頃 | | | | | | | |
| | 負傷した 時間帯 (状況) | <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道有り <input type="checkbox"/> 寄り道無し) | | | | | | | |
| | 負傷場所 | 都・道 府・県 | 市・郡 | 区 町・村 | | | | | |
| | 負傷原因 | <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> ケンカ <input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない | | | | | | | |
| | 上記にあてはまる 原因がある場合、 相手はいますか。 | 相手: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | ※相手がいる負傷の場合は「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。健保組合にお問い合わせください。 | | | | | |
| | 負傷した時の状 況を具体的に 詳しくご記入く ださい。 (何をしていると きに、どのような 状態になって、 体のどこを、ど のように負傷し た) | | | | | | | | |
| | 診療を受けた期間 | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで | | | | | | | |
| 治療経過 | 平成 年 月 日 現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止 | | | | | | | | |

受付日付印